Rok XXXI. Kraków, 12 Listopada 1892. Nr. 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. Leon Halban.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Z oddziału chirurgicznego radcy sanitarnego i prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie Dra Ziembickiego.

Przypadek t. zw. „*morcellement*“ macicy według metody Péana przy *exstirpatio uteri totalis per vaginam.*

Podał

Dr. Bronisław Skałkowski we Lwowie,

były asystent i operator kliniki prof. Chrobaka we Wiedniu.

Poniżéj opiszę przypadek wyłuszczenia przez pochwę macicy przerosłéj przez włókniak, który to zabieg operacyjny tylko wskutek zastosowania Péanowskiéj metody tak zw. *morcellement* prędko i szczęśliwie się zakończył.

Doświadczenie, którego z tego przypadku nabyłem, zdaje mi się, że usprawiedliwi ogłoszenie jednego tylko zabiegu, a to tem więcéj, że o ile mi wiadomo, metoda Péana poza granicami swojéj ojczyzny nigdzie się jeszcze nie przyjęła. We Francyi oprócz twórcy takowéj istnieje cały szereg starszych chirurgów, jak prof. Ségond i inni, którzy według metody Péana na setki liczą swe operacyjne zabiegi, a jak wiadomo, na ostatnim międzynarodowym zjeździe ginekologów w Brukseli, jednym z głównych omawianych tematów stanowiła właśnie rzecz o wyjęciu macicy przez pochwę, szczególnie w przypadkach tak zw. *suppurations pelviennes*.

Zanim jednakże przejdę do opisu samego przypadku i wypowiedzenia uwag, jakie mi się nasunęły, niech mi wolno będzie na tem miejscu wyrazić Drowi Ziembickiemu, c. k. radcy zdrowia i prymaryjuszowi lwowskiego szpitala, moje najserdeczniejsze podziękowanie za względy, jakiemi mnie zaszczycając pozwala korzystać z obfitego materyjału ginekologicznego swojego oddziału. W ten sposób przez krótki czas mego we Lwowie pobytu mogłem kilka ciężkich operacyj ginekologicznych wykonać i w ten sposób daléj prowadzić studyja.

Historyja choroby i zabiegu operacyjnego przedstawia się jak następuje:

Chora pochodzi ze zdrowéj rodziny, cięższych chorób nie przechodziła w swojem życiu. W 16 roku życia miesiączkowała po raz pierwszy, regularność bywała od tego czasu w odstępach czterotygodniowych, zawsze bezboleśnie. Porodów odbyła pięć, takowe były zawsze lekkie. Ostatni poród przed 16 laty. Przed dziewięciu miesiącami została przerażoną nagłym i silnym krwotokiem z części rodnych, tem więcéj, że dotychczas miesiączkowała zawsze regularnie, a przypuszczenie ciąży i poronienia było u niéj wprost wykluczone. Od czasu tego krwotoku peryjod zatracił swój typ regularny, miesiączka trwała znacznie dłużéj, krwotoki zaczęły się częściéj powtarzać, przyczem wystąpiły silne bóle w krzyżach i ogólny brak sił. Ostatni silny krwotok skłonił chorą do szukania pomocy w szpitalu. Chora została przyjęta do lwowskiego powszechnego szpitala w d. 5 października z bardzo silnym krwotokiem. Badanie wykonane pobieżnie wykazuje osobę o dość silnéj budowie kości, w wysokim stopniu niedokrwną. Powłoki zewnętrzne pozbawione podściółki tłuszczowéj, mają barwę wpadającą w żółtawy odcień. Serce i płuca nie wykazują żadnych ważniejszych zmian chorobowych. Części rodne zewnętrzne, podbrzusze i wewnętrzna strona ud, jakoteż suknie choréj powalane obficie krwią. Wejście pochwowe i błona śluzowa pochwy anemiczna, w pochwie kilka tamponów z waty, które pomięszane z licznemi skrzepami krwi całą pochwę wypełniają. Po usunięciu takowych i przepłukaniu przeciwgnilnem, wykonane szybko dla nieustającego krwotoku badanie oburęczne wykazuje następujące stosunki: Pochwa szeroka, podatna, wyścielona gładką błoną śluzową. Szyja macicy postaci cylindrycznéj, prawie z okrągłem ujściem macicznem, wręby około ujścia nieznacznéj głębokości, sam kanał ujścia pozwala zaledwie włożyć koniec wskazującego palca. Długość szyi macicy wynosi wyż trzech centimetrów i przechodzi takowa w znacznie powiększone *corpus uteri.* Macica sama znacznie powiększona, dnem swojem skierowana ku tyłowi. *Parametria* zupełnie wolne. Jajniki i jajowody prawidłowe, przesuwalność macicy wielka. Ze względu na silny krwotok macicy wykonałem dokładną tamponadę pochwy.

Rozpoznanie brzmiało *neoplasma corporis uteri malignum*, ze względu zaś na silne krwotoki i wywołaną temiż anemiję, bóle w krzyżach, zaś z drugiéj strony wielką poruszalność macicy i całkiem wolne parametryja, zaproponowałem choréj radykalną operacyję wyjęcia macicy, na którą to propozycyję zaraz się zgodziła, równocześnie prosząc o jak

najrychlejsze wykonanie operacyi. Takowa została jéj przyrzeczoną w najbliższym czasie. Krwotok się zastanowił, chora przyszła trochę do siebie, prosząc ciągle o operacyję. Choréj więcéj sam nie badałem, naznaczyłem jéj jedynie dzień 8 października 1892, że w tym dniu będę ją operować. Jeden z kolegów, który chorą badał, zgodził się na rozpoznanie tak, że po zwykłem przygotowaniu kąpieli przystąpiłem 8/X b. r. do operacyi. Wielkości macicy przed operacyją zaniedbałem zbadać zgłębnikiem.

Narkoza. Macica daje się z łatwością za pomocą szczypczyków haczykowatych aż do wejścia do pochwy ściągnąć tak dalece, że w mojem mniemaniu, iż operacyję wyjęcia macicy przez pochwę łatwo można będzie wykonać, tem więcéj utwierdzony zostałem. Badanie pęcherza moczowego zgłębnikiem wykazuje dno pęcherza w blizkości zewnętrznego brzegu szyjki, tam też z przezornością poprowadziłem pierwsze cięcie w celu uwolnienia szyjki. Cięcie poprowadziłem po bokach szyjki nieco kabłąkowato wygięte ku górze, połączywszy końce takowego cięciem w tylnem sklepieniu pochwy, także dość blizko brzegu szyjki, lecz o 1 ctm. wyżéj, niż to uczyniłem w sklepieniu pochwy przedniem. Po tak zakreślonym planie operacyjnym zacząłem uwalniać pęcherz moczowy z jego połączenia z przednią ścianą macicy, co udało się bardzo łatwo, gdyż dostałem się na odpowiednią warstwę tkanki łącznéj. Przy odpreparowywaniu pęcherza posługiwałem się wyłącznie palcem, Otwarcie Douglasa nie przedstawiało również żadnych trudności. Przedtem jednakowoż ścianę tylną pochwy, która na przecięciu dosyć silnie krwawiła, zabezpieczyłem dwoma szwami Martina, powstrzymując w ten sposób krwawienie. Po otwarciu otrzewny schwyciłem takową w długi szew, który prowizorycznie związawszy, umieściłem pod *speculum* przytrzymującem tylną ścianę pochwy, gdzie ta nitka spokojnie aż do końca operacyi spoczywać ma, tj. do chwili zaopatrzenia otrzewny. Rzecz ta może wydaje się napozór błahą, jednakowoż przez takie ubezpieczenie sobie otrzewnéj zyskuje się pod koniec operacyi wiele czasu, który się czasem traci na mozolnem wyszukaniu cofniętéj otrzewny, potrzeba bowiem tylko za ukrytą pod wziernikiem nitkę pociągnąć, aby otrzewna zaraz się okazała. Po tem zabezpieczeniu otrzewny otworzyłem jamę Douglasa szeroko ku lewéj i prawéj stronie, a na podorędziu trzymany tampon z gazy jodoformowéj wetknąłem w otworzoną jamę brzuszną. Tutaj pozwolę sobie również zwrócić uwagę na ważność téj tamponady jamy Douglasa. Tampon z gazy jodoformowéj nie pozwala pętlom jelit wysuwać się z jamy brzusznéj, jakoteż w przypadkach, jak np. podczas wyjęcia macicy rakowato zmienionéj, jeżeliby mimo wszelkich starań treść z nowotworu miała ku jamie Douglasa wpłynąć, napotyka takowa na tampon, z którym łatwo daje się usunąć tak, że w ten sposób najlepiéj można się upewnić co do antiseptycznego wykonania operacyi.

Po takiem zabezpieczeniu się przeciw możliwym przypadkom, zacząłem podwiązywać systematycznie *parametria*. W tym razie nie naśladuję tych operatorów, którzy najpierw chwytają część *parametrium* w kleszcze Péanowskie wyciskają w tkance rowek i dopiero w ten rowek kładą silną podwiązkę. Mojem zdaniem procedura ta nie jest absolutnie konieczną, jeżeli się zachowa ostrożności, które poniżéj podaję. Wprowadziwszy palec przez jamę Douglasa, naładowuję na takowy część *parametrium*, która to część zaraz za pomocą jedwabiu, przeprowadzonego od przodu na igle Dechampsa, zostaje podwiązaną. Jedwabiu do tego używam bardzo silnego, gdyż przy zaopatrzeniu kikutów podwiązanych, jak to późniéj wspomnę, takowe pozostają na zewnątrz, cały więc ten pęk jedwabiu wydzielonym zostanie. Za silny jedwab, to jest za gruby, nie nadaje się dobrze do podwiązywania parametryów, gdyż węzeł chirurgiczny, który zawsze zakładam, przy zbyt grubym jedwabiu źle się ściąga i w ten sposób może być przyczyną następowego krwawienia lub nawet usunięcia się części tkanin z założonéj podwiązki. Przy odcinaniu części podwiązanéj trzymam się blisko macicy, aby uzyskać mocny kikut; podwójne podwiązywanie, to jest drugie od strony macicy, jest mojem zdaniem zupełnie niepotrzebne. Po przeciągnięciu podwiązki pozostaje palec, na którym ma się odbywać podwiązanie, na swojem miejscu, samo ściągnienie i rozwiązanie podwiązki musi wykonać pomocnik operującego. Palec pozostawiam zawsze aż do uskutecznienia ligatury dla tego, aby w razie pęknięcia podwiązki podczas wiązania w tem samem miejscu drugą założyć i niepotrzebnie nie robić nowych przebić igłą Dechampsa w *parametrium*, które snadnie mogłyby większe naczynie krwionośne uszkodzić. Jeżeli mam pomocnika przy operacyi, na którym zupełnie polegać mogę, to lepiéj jest gdy podwiązanie *parametrium* i przecięcie takowego od strony macicy dzieje się *a tempo*, wtedy bowiem podwiązka leży bardzo silnie, w innym razie lepiéj jest odcinać i uwalniać macicę po skończonem wiązaniu. Jeżeli się jeszcze drobnemi Péanami wszystkie na przecięciu widoczne naczynia krwionośne osobno pochwyci i podwiąże, można być pewnym, że nie prędko wystąpi krwawienie. W ten sposób systematycznie postępując, podwiązałem prawe i lewe *parametrium*. 3 podwiązki z każdéj strony ku temu celowi zupełnie wystarczyły. Każdą następną podwiązkę zakładałem w wyż wspomniany sposób, baczną zwracając uwagę, aby każda na świeżo założona podwiązka na zewnątrz od poprzednio założonéj była związaną. Ku temu celowi nitki od już założonéj podwiązki brałem ku sobie na wewnątrz i dopiero kazałem ściągać nowo założoną podwiązkę. W ten sposób postępując ma się przy końcu podwiązywań parametryów jeden względnie dwa tylko kikuty, które snadnie mogą być na zewnątrz otrzewnéj umieszczone i w ten sposób unika się czasami bardzo przykrych krwawień, które nastąpić mogą z kącika tworzącego się między częściami podwiązanego *parametrium*, każda bowiem podwiązka ciągnie w swoją stronę i utrzymuje krwawienie.

W tym przypadku szło wszystko aż do téj chwili dobrze, kiedy wystąpiły trudności operacyjne i zaszły okoliczności robiące ten przypadek bardzo pouczającym i interesującym. *Peritoneum* za pęcherzem od przodu macicy zostało również przecięte, parametryja są wolne, jednak o jakiemś obniżeniu macicy nawet przy najsilniejszem ciągnieniu ku dołowi nie ma nawet mowy. Dokładne badanie teraz przedsięwzięte okazuje, że nie rozchodzi się o *carcinoma corporis* tylko o włókniak macicy siedzący w samem dnie, który sprawia, że objętość macicy daleko jest większą, niżeli to przy badaniu przez powłoki brzuszne dało się obliczyć. Palcem nie można było osiągnąć górnego brzegu więzadeł szerokich. Péanowskie kleszcze na ślepo zakładać z powodu możliwego obrażenia kiszki nie chciałem, cóż więc było robić? Dührssen w podobnym przypadku wykonał, jak niżéj opiszę, nacięcie pochwy do koła uwięźniętéj macicy i w ten sposób ją uwolnił; tego z rozmaitych powodów czynić nie chciałem i byłem już zdecydowany nawet z niebezpieczeństwem silnego krwotoku przepołowić macicę i połówkami ją wyciągnąć, kiedy asystujący mi prymaryjusz Dr. Ziembicki zaproponował wykonanie metody Péana t. zw. „*morcellement*“.

Przypadek chciał, że przed paru dniami w Brukseli widział Dr. Ziembicki najdokładniéj operującego prof. Ségonda z Paryża, który tam na zjeździe międzynarodowym ginekologów produkował się z Péanowską metodą „*morcellement*“. Ja sam nie widziałem jeszcze téj metody, to jest dokładnego sposobu wykonania a z opisów i książek o tem traktujących niewiele się ma wyobrażenia. Z ochotą odstąpiłem tę część operacyi Dr. Ziembickiemu, aby wypróbować nową metodę i jakież było nasze obopólne zdziwienie, kiedy w parę chwil macica, która zdawała się być wrośniętą, z największą łatwością bez kropli krwi dała się przed szparę sromną wytoczyć. Część tę operacyi jako ciekawą starać się będę najdokładniéj opisać. Szyjkę macicy rozcięto po bokach jak można było najgłębiéj, przyczem tak powstałą tylną część szyi trzymaną mocno hakowatemi kleszczami. Część przednia szyi wraz z częścią przedniéj ściany macicy o ile się to dało, została poprzecznie odcięta. Szczególną uwagę zwrócić trzeba na to, aby nim cięcie zupełnie oddzieli część macicy, pomocnik operatora asystujący schwy-

cił pewnemi i silnemi kleszczami tę część macicy, która leży poza granicą poprowadzonego cięcia. Tak schwycona ściana macicy silnie jest dzierżoną i ku przodowi ciągniętą. Następujące cięcie, tak zwane właściwe *evidement conique* poprowadzone zostało łukowato od jednego boku macicy do drugiego grzbietem skierowane ku dnie macicy, przez całą grubość ściany tejże. W miarę jak operator ciągnął na kawałku który wycinał, tak ukazywała się macica w coraz dalszych swoich częściach, które zaraz za okazaniem się szybko zostały schwycone i przytrzymane. Ściana przednia macicy ciągniona ku przodowi, układała się w antefleksyi, przez równoczesne zaś *evidement conique* grubość i szerokość macicy stawała się mniejszą tak, że macica ciągniona ciągle ku przodowi, zwijała się, że się tak wyrażę, sama w siebie. W naszym przypadku potrzebne było czterokrotne *evidement conique* przedniéj ściany macicy, aby ją zupełnie przed szparę sromną wydobyć. Tutaj okazała się wisząc na skręconych szerokich więzadłach, których podwiązanie było rzeczą jednéj chwili.

Naturalnie, że w innych przypadkach to wycinanie tak często wypadnie powtórzyć, aż w ten sposób zmniejszona wielkość macicy umożliwi wydobycie takowéj na zewnątrz. Więzadła szerokie były skręcone po wydobyciu macicy na zewnątrz, co temu trzeba przypisać, że po głębokiem rozcięciu szyi ku przodowi była wyciąganą i wycinaną przednia część macicy tak, że takowa wytoczyła się na zewnątrz około osi, którą trzeba sobie pociągnąć w myśli przez więzadła szerokie, równocześnie straciwszy na wielkości swéj przez wyżéj wspomniane *evidement conique*. — Cały ten akt odbył się bez jednéj kropli krwi. Nie potrzebuję, zdaje mi się, podnosić, dlaczego tak bezkrwawo odbyła się operacyja, jeźli przypomnimy sobie, że parametrya dokładnie były podwiązane a więzadła szerokie skręciły się. W tym przypadku wycinanie ściany macicy było uskutecznione mocnemi nożycami. Péan w téj swéj operacyi, podobnie jak Bozemann wobec przetok, podaje całe instrumentaryum, szczególnie uformowane noże, które systematyczne i z pewnym planem poprowadzone wycinanie, np. przy nieregularnie włókniakami przerosłéj macicy, o wiele ułatwiają. Dalszy przebieg operacyi nie różnił się wiele od wykonanych zwykłą metodą. Podwiązałem dokładnie więzadła szerokie, jajniki oddaliłem również jako zbyteczne, ze względu na późny wiek choréj, nie obawiając się ważniejszych zaburzeń przy sztucznie wywołanem *climacterium*. Otrzewnę zaopatrzyłem w następujący sposób: Pętla prowizorycznie założona na tylną część otrzewny a schowana pod wziernik zaraz z początku operacyi umożliwiła szybkie wyszukanie otrzewny. Otrzewna z przedniego dołu Douglasa dała się łatwo wyszukać i po usunięciu tampona i wytarciu najniżéj położonych części jamy Douglasa wacikami, założyłem dwa szwy łączące *peritoneum* przednie z tylnem. Pozostały dwa kąty. Jeżeli przypomnimy sobie, że pierwsze cięcie w pochwie było po bokach prowadzone łukowato, to łatwo sobie wyobrazić, że na umieszczenie dwóch podwiązanych kikutów były jakby nyże w bocznych ścianach pochwy przygotowane. Poprowadziłem dwa szwy po lewéj i prawéj stronie, które łączyły *peritoneum* przednie z tylnem, w środku mając wyciągnięty kikut, który także szwem został przebity, w ten sposób zamykając prawie hermetycznie jamę brzuszną. Rana w saméj pochwie nie została zeszytą tylko lekko zatamponowaną gazą jodoformową.

Wyjęta macica przedstawia się w następujący sposób: Główny kawałek wraz z powycinanemi przy operacyi częściami, waży 400 grm., obwód największy wynosi 27 ctm. Zauważyć można, że błona śluzowa w szyi macicy zupełnie jest niezmienioną, tylna część szyi przechodzi w ścianę macicy, podczas gdy część przednia szyi i $^2/_3$ przedniéj ściany brakuje. Przez tak powstały otwór można zauważyć gładki, mniéj lub więcéj okrągły guz, który w prawéj stronie dna macicy jest umieszczonym, szeroką podstawą z dnem i prawym bokiem macicy złączony, ku środkowi macicy występuje, przesuwając w ten sposób wnętrze samej macicy ku stronie lewéj. Jama macicy w ten sposób zniekształcona wyścielona jest przerosłą błoną śluzową, która mimo ogólnéj bezkrwistości organu jako najbardziéj czerwono zabarwiona część odbija. Oddalenie spodniéj części tego podśluzowego włókniaka od ujścia zewnętrznego szyi macicznéj jest tak dalekie, że wybadanie dokładne takowego nawet po poprzedniem rozwarciu szyi macicznéj, bądź to przez przecięcie, bądź też przez rozszerzanie niekrwawe dylatatorami Hegara mogłoby być dokonanem tylko bardzo niedokładnie, nie mówiąc już o trudności, jakąby przedstawiało wyłuszczenie tak wysoko i szeroko usadowionego włókniaka, jeżeliby się chciało jego samego wyłuszczyć, zachowując macicę. W tym przypadku przeto, jakoteż ze względu na ogólny stan pacyjentki, wyjęcie macicy całéj wydaje mi się zabiegiem daleko mniejszym. Dla operatorów wysoce wyćwiczonych w metodzie Péanowskiéj wydobycie i tak szeroko z macicą połączonych włókniaków nie będzie szczególnych przedstawiało trudności, potrzebnem jednak w dalszéj linii będzie specyalne instrumentaryum, które cały zabieg o wiele ułatwić może.

Dla mniéj biegłych usunięcie macicy *in toto* mojem zdaniem przedstawia zabieg daleko dla choréj łagodniejszy. Wysnuwanie dalszych wniosków co do zastosowania operacyjnego metody Péana po jednym zabiegu byłoby zupełnie nie odpowiedniem i niech powyższe uwagi uważane będą jako wyraz podmiotowego uczucia, które każdemu doświadczonemu chirurgowi mówi, czy w danym razie postąpił źle lub dobrze.

Twórca téj metody Péan opisuje w *Gazette des hôpitaux* 1886, Nr. 119 przypadek, w którym macicę sięgającą aż do pępka i przerosłą więcéj niż 50 włókniakami szczęśliwie przez pochwę wydobył.

Chrobak (*Medic. Jahrbüch.* Wien 1888) w pracy *Ueber die vaginale Enucleation von Uterusmyomen* przywodzi 8 przypadków włókniaków, które przez pochwę wydobyte zostały. Do wyłuszczenia tych włókniaków używa jedynie palców i tępych instrumentów, a jako główny warunek do udania się operacyi wymaga jaknajbardziéj posuniętą możliwość rozciągnienia szyi macicznéj i uważa za przeciwwskazany zabieg w przypadkach, w których włókniak jest większych rozmiarów, szyja zaś macicy długa i nie podatna.

Leopold w swojéj pracy „*Die operative Behandlung der Uterusmyome durch vaginale Enucleation, Kastration, Myomotomie und vaginale Totalexstirpation*“ *Archiv. f. Gynaekol.* Bd. XXXVIII, wspomina, że przy *exstirpatio totalis* przez pochwę, kiedy macica nie dała więcej ku dołowi się posunąć, przecinano torbiel (*capsula*) włókniaka starając się go w ten sposób wydobyć i przez to zmniejszyć objętość macicy.

Dührssen w jednym przypadku (*Bemerkungen zur Technik der vaginalen Totalextirpation des Uterus — Charité Annalen* XVI, p. 513) wydobycia rakowatéj macicy *in toto* przez pochwę, gdy *corpus* powiększone nie dało się obniżyć, poradził sobie w ten sposób, że porobił cały szereg nadcięć w przedniéj i tylnéj ścianie pochwy, które umożliwiły przeciągnięcie powiększonéj macicy.

O ile mi wiadomo i literatura dostępną, nie wiem o żadnym przypadku, w którymby w Niemczech operowano według metody Péana, co tem więcéj dziwić musi, że we Francyi już takich zabiegów na setki liczą i technika operacyjna całkiem jest wykształconą.

W końcu w krótkości tylko pozwolę sobie powtórzyć, co też przy takim zabiegu *morcellement* Péanowskiego jest oryginalne pomyślanem. Przez głębokie rozcięcie boków szyi i silne ściągnienie przedniéj ściany macicy, powstaje sztu-

czne przodozgięcie (*forcirte Anteflexion*), które według Péana główną przyczyną ma być hemostazy. Postępowanie to przypomina metodę Breiskyego, który układa macicę w silnéj antyfleksyi przy krwotokach *post partum*. Według Péana silne to podciągnięcie macicy ku przodowi ma tak dalece działać tamująco krew, że nawet bez poprzedniego podwiązania parametryjów *evidement conique* prawie bez krwi się odbywa. Zbytecznem wydaje mi się przypomnieć, że przytrzymywanie macicy ku przodowi po każdem wycięciu w zupełnie pewnych zarówno instrumentach jak rękach musi się znajdować, w innym bowiem razie tak w siebie zwinięta macica gdyby się mogła wyrwać i cofnąć ku tyłowi, uskuteczniłaby to podobnie jak sprężyna naciągnięta i puszczona. Krwotoki w tym przypadku występujące byłyby nadzwyczaj silne. Jeżeli się przeto nie ma zaufania w spójność ścian macicy, jeżeliby się takowe darły, jak to się często przy rakowatem zwyrodnieniu widzi lub po przebytych stanach zapalnych, będzie bezpieczniéj nie spuszczać się na hemostazę, wywołaną przez sztucznie spowadzoną antefleksyę, tylko tętnice maciczne (*Aa. uterinae*) już prędzéj podwiązać. Według Martina wiemy, że podwiązanie tych arteryj i bez poprzedniego otworzenia parametriów może być uskutecznionem, jeżeli się tylko dostateczną uwagę na przewody moczowe zwraca i wystrzega się takowe w pętlę podwiązki schwycić.

Zabieg operacyjny tego rodzaju, który przy niespodziewanych trudnościach podczas operacyi z łatwością pozwala w sposób prosty operacyję zakończyć, chętnie może będzie naśladowanym, a w tym razie ogłoszenie takowego będzie usprawiedliwionem. Dla mnie będzie metoda Péana na przyszłość równo z laparatomiją metodą wyboru i przy najbliższéj sposobności będę próbował jeszcze większe obrzęki przez pochwę tą metodą wydobyć. Przedewszystkiem jednak należy ją wypróbować przy tak zw. *suppurations pulviennes*, przy których to stanach chorobowych w dalszéj linii jako środek terapeutyczny Péan swą metodę zalecił.

II. Drugi przypadek mięsaka w saméj rogówce powstałego.

Napisał

Dr. med. Konrad Rumszewicz (w Kijowie).

Przed dwoma laty (Przegl. Lek. z r. 1890 Nr. 39, 40 i 41) opisałem przypadek mięsaka, który powstał pierwotnie w saméj rogówce bez najmniejszego udziału spojówki, mianowicie jéj rąbka. W pracy méj zwróciłem uwagę na okoliczność, iż poprzednio znane nam były tylko łagodne nowotwory, samoistnie w saméj rogówce powstałe, mianowicie Adler opisał przypadek śluzaka (*Wien. med. Woch.* 1871 str. 237), Quaglino i Guaita (*Annali di ottalm.* VIII, str. 254), Falchi (*Clinica ottalm. della R. Univ. di Torino* 1884) i Berson (*The ophth. Review Jan.* 1887) trzy przypadki włókniaka, daléj Raggi (*Riv. clin.* 37, r. 1870) i Gayet (*Lyon médical* XXXII, str. 50, 1879) opisali trzy przypadki brodawczaka rogówki. Zaś Adler (*Wien. med. Woch.* 1891 str. 227) opisał przypadek samoistnego śluzaka rogówki. — Zwróciłem również uwagę na okoliczność, że we wszystkich poprzednio opisanych przypadkach złośliwych nowotworów rogówki, nie wyłączając nawet przypadku Dolżenkowa (*Wiestn. oftalm.* 1885, str. 23, po ros.), nowotwory owe stanowczo powstawały pierwotnie w spojówce, mianowicie w obrębie rąbka tejże i później dopiero przechodziły na rogówkę. Dlatego też ów mój przypadek zbadałem najdokładniéj, a wynikiem badań było to, iż w istocie mieliśmy przed sobą mięsak stanowczo w saméj rogówce powstały, gdyż spojówka bynajmniéj nie była zajętą. Dodam chyba, że operowany żyje po dziś dzień i najlepszem cieszy się zdrowiem.

Odtąd w literaturze, o ile mi wiadomo, znajdujemy li tylko jeden przypadek samoistnego nowotworu rogówki, mianowicie śluzaka tejże, opisany przez Simona (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.* 1892, Juli). Po oparzeniu wapnem, powstały na rogówce ropnie, które leczono przyżeganiem, w jednym razie nawet z przedziurawieniem rogówki. We cztery lata później spostrzeżono na rogówce biały stożkowaty guz o gładkiéj powierzchni, który zajmował całą prawie jéj powierzchnię prócz nieznacznego pasemka w stronie nosowéj. Na cięciu zajmował on całą prawie grubość rogówki, która zresztą (razem z nowotworem) wynosiła $3\frac{1}{2}$ mm. W spojówce znalazł tylko rozszerzone naczynia, w pozostałéj, nie zajętéj przez nowotwór części rogówki, rozluźnienie blaszek i nacieczenie drobnokomórkowe dokoła naczyń. Przybłonek spojówki przechodził na nowotwór, wskutek rozrostu jego komórek powstawały liczne stożki, w głąb tkanki skierowane. Błona Bowmana pozostała nieuszkodzoną. Nowotwór posiadał w pobliżu pozostałych warstw rogówki dość obficie tkankę włóknistą; prócz wrzecionowatych komórek znajdowały się liczne komórki okrągłe, które w niektórych miejscach, przeważnie w pobliżu naczyń, ułożone były w grupy. Bliżéj przedniéj powierzchni nowotworu, można było w nim spostrzedz węzelki przez tkankę włóknistą odgraniczone, w których obrębie pęczki włókien były cieńsze, komórki mniéj liczne, między pęczkami zaś dość znaczne przestwory przez ciecz przejrzystą wypełnione; naczynia, i to bardzo nieliczne, znajdował tylko w torebce węzełków. Zresztą w środku wzniesienia, bliżéj strony nosowéj położonego, włókienka tkanki łącznéj zupełnie prawie znikały, zaś obok okrągłych były liczniejsze wrzecionowate i gwiaździste komórki położone pośród istoty jednolitéj i bardzo przejrzystéj. Mieliśmy tu więc tkankę śluzowatą. Ku tyłowi odgraniczała nowotwór tkanka rogówki. Innych szczegółów przez autora w przypadku tym opisanych nie przytaczam, gdyż obchodzi on mnie tutaj tylko o tyle, że ma wiele wspólnego z moim wyżéj wspomnionym przypadkiem samoistnego mięsaka rogówki. Wspólność ta polega: 1) na powstaniu nowotworów w obu przypadkach w istocie saméj rogówki. Z jakich mianowicie pierwocin powstać mogły pierwociny nowotworu w jego przypadku, Simon nie orzeka. W moim przypadku mięsaka rogówki, zważywszy, iż wraz z naczyniami ze spojówki wstępowały do nowotworu nader nieliczne pierwociny, że dokoła naczyń włosowatych, które stanowiły ścisłą część składową nowotworu, znajdowały się liczne komórki limfoidalne a te znów stopniowo przechodziły w komórki mięsaka; wypowiedziałem zdanie, że pierwociny nowotworu pochodzenie swe zawdzięczają chyba wychodźtwu komórek z naczyń krwionośnych. Dodam, że i Simon w swym przypadku spostrzegał nagromadzenie komórek okrągłych dokoła naczyń. W każdym razie 2) w obu przypadkach zmiany w spojówce polegały li tylko na rozszerzeniu naczyń, gwiazd zaś nowotworu wcale w niéj nie było. 3) W obu przypadkach spostrzeżono znaczne rozrosty tkanki przybłon-

kowéj w kształcie stożków w głąb tkanki skierowanych. Simon znajdował w stożkach do trzydziestu warstw komórek, w moim zaś przypadku warstwy te na seciny chyba trzeba by rachować. Różnica polega na tem, że jakkolwiek w obu przypadkach guzy odgraniczała ku tyłowi istota saméj rogówki, to jednak w moim przypadku rogówka w znacznie większéj części była zachowaną, gdyż właściwie mieliśmy guz szypułkowaty, którego podstawa na rogówce wynosiła ledwo 3 mm., do istoty zaś jego wstępowały tylko przednie blaszki rogówki. Przeciwnie w przypadku Simona nowotwór miał szeroką podstawę, która zajmowała całą prawie powierzchnię rogówki. Rozrosty komórek przybłonkowych opisał również niedawno Zirm (*Eine eigenthumliche oberflächliche Neubildung der Cornea. Archiv f. Ophthalm.* XXXVII, 3) w przypadku, który do nowotworów, jak zresztą on sam przyznaje, trudno chyba zaliczyć. Najprawdopodobniéj istniała tu znaczna bardzo opuchlina tkanek, jako wynik zapalenia przewlekłego, które było również w stanie wywołać w końcu przeistoczenie szkliste pewnéj części tkanek. Rozrost komórek przybłonkowych w kształcie stożków w przypadku tym bardzo był znaczny, na rysunku np. 1-ym w stożku znajdujemy 12 rzędów komórek lecz i w tkance przybłonkowéj znalazł on również zmiany, które w istocie tylko znacznie posunięta opuchlina wywołać mogła, mianowicie znajdowały się pomiędzy komórkami bardzo znaczne próżnie niekiedy nawet spostrzegano je w saméj istocie komórek przybłonkowych.

Opiszę teraz drugi mój przypadek mięsaka saméj rogówki:

N. A. 14-letnia dziewczyna, zdrowéj a prawidłowéj budowy, zgłosiła się do mnie w końcu grudnia zeszłego roku. Prawe oko: sprawa jaglicowa, przeważnie w obrębie górnego załamka spojówki; w środku świeże ziarna jaglicowe, bliżéj kątów oka powierzchowne blizny, rogówka zupełnie prawidłowa. Lewe oko: nieliczne ziarna jaglicowe w obrębie górnego załamka, nieznaczne obrzmienie załamka dolnego, spojówka gałkowa zupełnie blada i prawidłowa. Rogówka natomiast cała zajęta jakby przez szczególnie rozwiniętą a zmianom w spojówce bynajmniéj nie odpowiadającą łuszczkę mięsistą (*pannus sarcomatosus*). Już na razie dziwnie raził niestosunek zmian na rogówce i na spojówce spostrzeganych, gdyż w istocie zmiany jaglicowe w spojówce tego oka występowały bardzo słabo, nadto mieliśmy li tylko początkowy okres saméj sprawy. Poczucie światła zupełnie prawidłowe. Przystąpiłem do leczenia spojówki (za pomocą nacięć, przyżegań ałunem i siarkanem miedzi), które trwało przez całe dwa miesiące. Otóż w miarę jak sprawa jaglicowa na spojówce obu ócz stopniowo ustępowała, nie zmniejszała się mniemana łuszczka rogówki lewéj bynajmniéj, przeciwnie jéj barwa różowa występowała coraz bardziéj, powierzchnia stawała się coraz wypuklejszą ku przodowi, obok tego zaś nie było wcale podrażnienia w oku, spojówka mianowicie gałki pozostawała stale bladą. W końcu drugiego miesiąca leczenia wypukłość regówki ku przodowi o tyle była już znaczną, że szpara powiekowa lewa była w środku szerszą od prawéj o całe trzy milimetry, jednocześnie też powtarzały się w porze wieczornéj codziennie nader silne napady bólów, zupełnie jednak odmiennych od zwykłych bólów rzęskowych, gdyż ograniczały się li tylko do saméj gałki oka. Ruchy gałki pozostawały zupełnie prawidłowemi, równie jak ucisk śródoczny, niepodobna więc było przypuścić cierpienie śródoczne, natomiast wypadło rozpoznać w danym przypadku nie łuszczkę jaglicową, lecz rozwój nowotworu, z powodu zaś iż wypukłość rogówki ku przodowi dość znacznie się powiększała, głównie zaś ponieważ już poprzednio udowodniono powstawania nowotworów, nawet złośliwych, w saméj rogówce, rozpoznałem w danym przypadku najprawdopodobniéj mięsak rogówki, powstały z jéj własnéj istoty, bez najmniejszego udziału rąbka. Obrzmienia gruczołów limfatycznych nie było.

W połowie marca wyłuszczyłem gałkę oczną, a rozciąwszy ją w kierunku równika, zanurzyłem całkowicie do płynu Flemminga na całą dobę, następnie przeniosłem do wyskoku. Już po przecięciu gałki na dwie połowy, nie znalazłem w tylnéj żadnych zgoła zmian chorobowych. Po stwardnięciu przedniéj połowy gałki (we dwa tygodnie po dokonanéj operacyi) rozciąłem ją na dwie połowy w kierunku południka poziomego. Przekonałem się, że ani soczewka ani też wogóle cała przednia połowa jagodówki, żadnych zgoła zmian nie przedstawiały; zmiany te spostrzegłem li tylko w saméj rogówce. Ta ostatnia przedstawiała się jednostajnie zgrubiałą, grubość w środku wynosiła 4 mm., w części obwodowéj 4·5 mm. Już gołem okiem widzieć można było, że do błony Descemeta przytykało pasemko przeszło 0·5 mm. grubości mające, a bledsze. Jednę połowę przedniéj części oka zatopiłem w celloidynie, drugą zaś, chcąc otrzymać cieńsze przekroje, w parafinie. W celu zabarwienia otrzymanych przekrojów, używałem rozczynów błękitu kampeszowego, karminu borowego, karminu ałunowego i safraniny. Dla topografii przedniéj części gałki otrzymałem nader przekonywające wyroby za pomocą podwójnego barwienia karminem i błękitem.

Badając bądź za pomocą lupy, bądź też przy słabem powiększeniu (Htn. $^{2}/_{2}$), spostrzegaliśmy blado-amarantowe pasemko, które odpowiadało białkówce i utrzymanym prawidłowym warstwom wewnętrznym właściwéj istoty rogówki. Przeciwnie wycięta dość wąska zresztą część spojówki gałkowéj i zewnętrzna, zgrubiała część rogówki, miały barwę błękitno fijoletową, wreszcie ku zewnątrz — cienkie, cokolwiek w brunatne wpadające pasemko — przybłonek spojówki, który przechodził bezpośrednio ze spojówki gałkowéj i pokrywał całkowicie przednią powierzchnię nowotworu. Również pouczające pod względem topografii były wyroby, zabarwiane karminem ałunowym Grenachera, na których warstwy rogówki pozostałe prawidłowemi, białkówka i warstwa przybłonkowa były bardzo blado zabarwione, cokolwiek nawet żółtawo, inne zaś części wyrobu miały piękną czerwono wiśniową barwę.

Zmiany drobnowidowe były następujące:

1) W spojówce i przybłonku. Naczynia krwionośne były dość znacznie rozszerzone, dokoła nich naciek drobnokomórkowy bardzo nieznaczny, sama zaś spojówka nie była znacznie zgrubiałą, tylko już w obrębie samego rąbka spostrzegaliśmy cokolwiek zgrubiałe naczynia, dokoła niektórych zaś z nich naciek drobnokomórkowy. W wyciętéj części spojówki gałkowéj przybłonek był prawidłowy, komórki warstwy wewnętrznéj miały kształt walcowaty, jednakże w pobliżu rąbka czyli właściwie w danym przypadku w pobliżu miejsca przejścia na przednią powierzchnię nowotworu, grubość warstwy przybłonkowéj odrazu bardzo znaczną się stawała, jednocześnie też można było spostrzedz stożki ku wewnątrz skierowane, a na cięciach złożone zwykle z kilkunastu rzędów komórek. Rozrosty komórek przybłonkowych częstokroć o wiele były znaczniejsze niż w przypadkach Simona i Zirma, a nawet w opisanym przezemnie przypadku samoistnego mięsaka rogówki, gdyż nieraz dochodziły one prawie do saméj błony Descemeta, w tych razach na pierwszy rzut oka przypominały one zraziki gruczołów łojowych z tą chyba różnicą, że przewody ich o wiele były dłuższe i cieńsze, kierunek zaś i płaszczyznę zmieniały tak dalece, że na wielu cięciach otrzymywaliśmy okrągłe lub podługowate, zupełnie odosobnione węzły tkanki przybłonkowéj. Jest wszakże rzeczą godną uwagi, że komórki warstwy zewnętrznéj znowu były walcowate, niekiedy nawet bardzo wyciągnięte, w środku zaś stożków lub węzłów miały kształt rozmaity, bardziéj nieprawidłowy. Najznaczniejszy rozrost komórek przybłonkowych spostrzegałem mianowicie w saméj okolicy rąbka — na jednem cięciu poprzecznem znajdowałem niekiedy pięć maczug przybłonkowych obok siebie położonych. Zresztą spostrzegałem stożki wzdłuż całéj prze-

dniéj powierzchni nowotworu, jakkolwiek wysokość ich znacznie już mniejszą była. Nadto w samym przybłonku następowały pewne zmiany — grubość jego malała, komórki zaś warstwy głębokiéj z walcowatych stawały się raczéj sześciennemi. Wogóle przybłonek pokrywał powierzchnię nowotworu w postaci zupełnie całkowitéj warstwy, w komórkach zaś jego żadnych zmian chorobowych nie dostrzegłem.

2) W rogówce błona Descemeta była zupełnie prawidłową, również jéj śródbłonek. Przestwór Fontanny żadnych zgoła zmian nie przedstawiał, dokoła przewodu Schlemma nie było również ani śladu nacieku drobnokomórkowego. Wewnętrzne warstwy rogówki, wogóle około 0·5 mm. grube, były zupełnie prawidłowe, można tylko było spostrzegać dość znaczne ich rozluźnienie. Ku wewnątrz odgraniczała tę prawidłową część rogówki cienka warstwa naczyń krwionośnych włosowatych, które pochodziły w części tylko ze spojówki, przeważnie natomiast z białkówki, mianowicie z jéj warstwy zewnętrznéj. Dokoła naczyń można było spostrzedz dość znaczny naciek drobnokomórkowy, ku wewnątrz od warstwy naczyniowéj pęczki włókienek właściwéj istoty rogówkowéj zmieniały równoległy względem rogówki kierunek na ukośny i rozgałęziając się coraz bardziéj, znikały w końcu pośród istoty nowotworu. Nadto obok brzegu nowotworu wstępowały doń dość znaczne pęczki tkanki łącznéj z błony przedspojówkowéj, które następnie rozgałęziały się również w istocie nowotworu, nie nadając mu jednak bynajmniéj budowy siatkowéj. Na wyrobach, zabarwionych podwójnie siniawcem kampeszowym i karminem, pęczki tkanki z obu źródeł powstałe, występowały wyraźnie na błękitno fijoletowem tle głównéj masy nowotworu, jako pasemka barwy amarantowéj; na wyrobach zaś zabarwionych ałunowym karminem miały one barwę bardziéj żółtawą na tle już wiśniowem. Naczynia krwionośne, wogóle bardzo cienkie, wstępowały do nowotworu w niewielkiéj bardzo ilości od wspomnianéj warstwy naczyniowéj, która odgraniczała utrzymane prawidłowe warstwy rogówki od zwyrodniałych. Przeważnie zaś brały naczynia początek od naczyń spojówki, rozgałęziały się w obrębie nowotworu, zdążając równocześnie ku środkowi i ku częściom obwodowym nowotworu — części środkowe o wiele obficiéj były unaczynione, — grubszych zresztą naczyń wcale nie było, cienkie zaś naczynia znajdowałem nawet pod samą prawie błoną przybłonkową. Sam nowotwór składał się z okrągłych, niezbyt drobnych komórek, ułożonych pośród skąpéj tkanki międzykomórkowéj, należał więc co do budowy do mięsaków okrągłokomórkowych.

III. Właściwości przebiegu i objawów zapalenia opon mózgowych gruźliczego u dzieci.

Według spostrzeżeń poczynionych w szpitalu św. Ludwika.

Podał

Dr. Emanuel Rosenblatt w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45.)

16. Maryja Kosowska, lat 7, przyjęta d. 3 września 1880. Miała cierpieć na zimnicę, rano miała dostać „spazmów“, oddana wieczorem do szpitala okazywała tylko zarumienienie policzków i niepokój mięśniowy, c. w. 37·3.

Status praesens 4 go: Kościec prawidłowy, odżywienie dość dobre. Na skórze kończyn tak górnych jak dolnych blizny po wrzodach, jak z wejrzenia sądzić można, zołzowych. Gruczoły karkowe i podszczękowe znacznie obrzękłe i twarde. Błony śluzowe prawidłowo zabarwione. W płucach zmian wykazać nie można, tony serca czyste, tętno regularne, silne, nie zmienia się przy wstrząsaniu głową choréj. Brzuch wysklepiony, śledziona powiększona, macalna. Od dnia wczorajszego zatrzymanie stolca. Przytomność niepewna, chora jakby otumaniona, słuch przytępiony, źrenice obie rozszerzone.

Wieczorem przypady te ustąpiły, chora zupełnie przytomna, rozmowna, daje na zapytania najdokładniejsze odpowiedzi, c. w. 36·8.

5/IX. Oprócz bólu głowy tępego, na jaki się żali, nic chorobowego niema. Ciepłota prawidłowa, apetyt dobry.

6/IX. Zatrzymanie stolca, wypieki na policzkach wieczorem.

7/IX. Stan podobny jak 4 września; chora nic nie mówi, ani na zapytania nie odpowiada, leży jakby w otrętwieniu, tylko wciąż oczy zmruża, głowa ku tyłowi podana, toczenie piany. Przy badaniu przełyku wydaje głos monotonny, chrypliwy. Źrenice rozszerzone. O godzinie $9^1/_2$ rano najzupełniejszy napad padaczkowy. Wieczorem po przespaniu się powrócił stan dawniejszy. Po oleju rycinowym stolec zbity czarny.

Do 15 września prócz chwilowego bólu głowy i zatrzymania stolca ma się zupełnie dobrze.

15/IX gorączkuje pod wieczór, c. 38·8, w nocy spać nie może.

16/IX c. r. 37·0. Na potylicy i karku świeży wyprysk, c. w. 39·6. Badanie fizyczne daje wyniki ujemne.

17/IX c. r. 39·4. W płucach zmian niema, świeżego obrzęku śledziony niema. Mimo gorączki chora swobodna i ma apetyt, c. w. 38·0.

18/IX c. r. 37·0, c. w. 39·3, wieczorem po trzykroć wymioty.

19/IX c. r. 37·3, w. 39·4. Stan ten sam, wymioty.

20/IX c. r. 38·0. Śpiączka ustawiczna, brak apetytu, zaparcie stolca, ból głowy silny w czole, jednorazowe wymioty, na dziąsłach szczęki dolnéj owrzodzenia. W moczu ilość białka spostrzegalna, chlorki prawie prawidłowe, ciepł. w. 39·6.

21/IX c. r. 38·5. Stan ten sam, chora traci chwilowo przytomność, zrywa się i krzyczy przeraźliwie. Nadmierna przeczulica skóry, szczególniéj na kończynach dolnych, które silnie do brzucha przyciąga, brzuch nieckowato zapadły. W narządach wewnętrznych żadnych zmian wybadać nie można. Dwukrotne wymioty, c. w. 38·4. Źrenice prawidłowo rozszerzone, oddziaływają należycie. Rozkaz pokazania języka wykonywa chora natychmiast mimo stanu półprzytomnego.

W dniach następnych do 28-go stan względnie lepszy, przytomna, apetyt wraca, pozostał tylko ból głowy, zaparcie stolca, tylko 25-go były wymioty, humor tylko zmieniony, chora jest płaczliwą i nie chce się z dziećmi bawić.

Ciepłota zachowywała się jak następuje:

22/IX	c. r. 37·9,	c. w. 38·2		
23	„ 37·6	„ 38·6		
24	„ 38·2	„ 38·2		
25	„ 37·8	„ 38·6		
26	„ 37·2	„ 38·1		
27	„ 37·2	„ 37·1.		

Tętno było nieregularne, początkowo przyspieszone 120—160, późniéj coraz wolniejsze, w miarę obniżania się ciepłoty, przepuszczające, zmieniające się przy ruchach choréj.

28/IX. Drgawki ograniczające się głównie do mięśni twarzy, chora nieprzytomna, tężec karkowy, źrenice szerokie, cera zmieniona szaro-żółta. C. r. 37·4, w. 37·6.

29/IX. Drgawki trwały z przerwami całą noc i obejmowały kolejno mięśnie gałek ocznych, nosa i mięśnie mimiczne, wreszcie mięśnie kończyn górnych. W przerwach była niespokojną, krzyczała przeraźliwie, chwytała się ręką za głowę i nie okazywała śladów przytomności.

30/IX. Stan ten sam co wczoraj. Ciepłota nie podwyższona.

1/X. *Opisthotonus* bardzo znaczny, bolesność kręgosłupa aż do części lędźwiowéj. Drgawki kloniczne mięśni twarzy, bezwiedne oddawanie moczu i kału. Nieprzytomność, c. r. 38·0. W dolnéj części płuca prawego liczne drobniutkie rzężenia przy głębokim wdechu (westchnieniu spazmatycznem), odgłos wypukowy z tyłu i u dołu klatki piersiowéj jakoteż w pasze po stronie prawéj przytłumiony, ciepł. w. 38·0.

2/X. Stan ten sam, tylko źrenice wązkie i ustawiczne podrzucanie kończyny górnéj prawéj.

3/X. Wykrzykiwanie ustało, *opisthotonus* słabszy, kończyna prawa w spokoju, natomiast lewa w ciągłych ruchach. W dolnéj części płuca prawego oddech oskrzelowy. Odgłos wypukowy czczy i stłumiony. Ciepłota tylko 37·6 rano a 38·1 wieczór, tętno nieregularne 72—114.

4/X. Przy połykaniu zakrztuszanie się a potem wymioty, brzuch całkiem zapadnięty, za dotykaniem skóry występują natychmiast plamy Trousseaua. Drgawek silniejszych niema, natomiast drganie mięśni wszystkich kończyn jakby dreszcze i przebieranie palcami.

5/X. Stan ogólny ten sam, chora nieco spokojniejsza, połykanie utrudnione, czucie i odruchy na kończynach zmniejszone, przykurczenia. W płucu prawem stan ten sam, w lewem liczne drobne rzężenia. C. r. 36·5, tętno 60. Oddech nieregularny, przerywany.

6/X. Upadek sił, leży bez ruchu, kończyny podniesione opadają bezwładnie, odruchów niema, rogówki zaschłym śluzem pokryte, źrenice bardzo szerokie nie oddziaływają więcéj na światło. *Sopor*, oddech charczący. Ciepłota 37·0. Po południu o godzinie 3½ umarła.

Sekcyja wykonana 7 października wykazała: *Leptomeningitis basis cerebri tuberculosa cum hydrocephalo ventriculorum acuto. Pneumonia crouposa dextra* (*hepatisatio rubra*), *lobularis sinistra. Degeneratio adiposa m. cordis*, *renum*, *hepatis. Tumor lienis chronicus.*

Czaszka prawidłowo symetryczna, opona twarda gładka, blada, wzdłuż zatok nieco przekrwiona, wewnętrzna jéj powierzchnia gładka. Opony miękkie cienkie, silnie na wypukłościach obu półkul przekrwione. Na podstawie w sąsiedztwie nerwów wzrokowych i mostu Varola obfita ilość zielono-żółtéj galaretowatéj wypociny, towarzyszącéj także naczyniom większym. W zatoce Sylwiusza dość znaczna ilość nieregularnie rozsianych, miejscami na drobnych naczynkach usadowionych gruzełków. Zwoje mózgu znacznie spłaszczone, rowki wygładzone. Na przekroju kora ciemnoczerwona, sinawa miejscami, wyraźnie od rdzeniowéj odgraniczona, spójności prawidłowéj. W istocie rdzeniowéj nieliczne prążki i kropki ciemno czerwone. Komórki mózgowe znacznie rozszerzone, zawierają do 200 grm. płynu mętnego surowiczego. Powierzchowne warstwy ciała prążkowatego i wzgórków wzrokowych miękkie, miejscami rozmiękłą białawą miazgą pokryte.

Błona śluzowa krtani prawidłowa. Oba płuca wolne; na opłucny lewego płuca nieliczne, dość rozległe wynaczynionki krwawe. Opłucna prawego płuca w dolnych częściach pokryta świeżą włóknikową wypociną. Dolny i średni płat płuca prawego na przekroju szarobrunatnawe, lekko ziarniste. Z powierzchni spływa mętna ciecz lepka. Miąższ nader kruchy, bezpowietrzny, oskrzela tych części przepełnione gęstą zielono-żółtą ropiastą cieczą. Części górne surowicze obrzękłe, zawierają wszędzie powietrze.

W płacie dolnym płuca lewego nieliczne ogniska bezpowietrzne ciemno-czerwone, zbite, wśród miąższu nieco przekrwionego, surowiczo obrzękłego.

Gruczoły oskrzelowe miernie tylko powiększone, sinawe, soczyste.

Serce rozmiarów prawidłowych, mięsień blady, spójności nieco zmniejszonéj. Śródsierdzie i zastawki prawidłowe, w obu jamach nieliczne świeże skrzepy krwi.

Wątroba miernie stłuszczona niedokrewna. Śledziona miernie powiększona, miąższ na przekroju ciemno czerwony, znacznéj zbitości. Obie nerki blade niedokrewne, miernie stłuszczone, miedniczki prawidłowe. Nadnercza, trzustka, połyk i żołądek prawidłowe.

W jelicie cienkiem kępki Payera i gruczołki odosobnione nieco przekrwione wydatniejsze, błona śluzowa jelita blada, na fałdach nieco przekrwiona. Błona śluzowa jelita grubego prawidłowa. Gruczoły limfatyczne nieco powiększone, blado-różowawe, soczystsze. Pęcherz moczowy prawidłowy.

Rdzeń kręgowy wraz z oponami nie okazuje zmian żadnych.

Gruczoły szyjowe, karkowe i podszczękowe znaczniéj powiększone, soczyste, blado-różowawe na przekroju.

Przypadek ten ciekawy jest o tyle, iż rozpoczął się od napadu padaczkowego, iż od rozpoczęcia się choroby aż do zakończenia śmiertelnego ubiegło dni 34, iż okresy zadrażnienia, ucisku i porażenia wybitnie były wyrażone, iż wreszcie nie było nigdzie więcéj w organiźmie zmian gruźliczych, czy to świeżych czy ognisk serowatych, że zejście śmiertelne nastąpiło prawdopodobniéj z zapalenia płuc, które w ostatnim tygodniu się rozwinęło, a bez którego możeby chora jeszcze czas dłuższy pożyć mogła, gdyż zmiany w oponach mózgowych były dość ograniczone. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

Ehrmann (Wiedeń): **Anatomija i fizyjologia barwika skóry.**

E. polemizując z Jarischem przedstawia wyniki swoich dawnych i obecnych studyjów nad anatomiją i fizyjologiją barwika skóry. Zdaniem E. barwik skóry tworzy się w miazdrze skórnéj, a nie w przyskórku i to w czasie, gdy już ciałka krwi czerwone istnieją. Barwik skórny wytwarza się z barwika krwi, jak tego dowodzą złogi pigmentu znajdowane w plasmodyjach zimniczych, które wyługowują niejako barwik z ciałek czerwonych krwi. Bynajmniéj nie jest udowodnionem powstawanie barwika skórnego ze składników jądra lub pierwoszczy komórek; barwik powstaje w pierwoszczy, lecz z materyjału, którego dostarcza krew. Możliwem jest, że i z żółtka płodowego barwik się wytwarza, ponieważ w żółtku muszą się znajdować te chemiczne połączenia, które wchodzą w skład pierwszych ciałek krwi. Wytworzony barwik układają w warstwie przyskórka komórki o czynnych ruchach; wreszcie i prądy w saméj pierwoszczy istniejące pomagają do złożenia barwika w warstwy przyskórka. (*Aerztl. C. Anz.* Nr. 29, 1892).

Dr. Wachholz.

Patologija.

Wł. Gajkiewicz: **O akromegalii.**

Z opisami téj choroby spotykamy się w literaturze lekarskiéj jeszcze z przeszłego wieku, żaden jednak z autorów nie podał dokładnéj symptomatologii choroby; dopiero w r. 1886 Pierre Marie nadał jéj obecne miano akromegalii, opisał dokładnie dwa przypadki z kliniki Charcota, a uzupełniwszy spostrzegane przeź siebie objawy opisami dawniéjszych autorów podał cechy odróżniające tę chorobę od innych podobnych.

Dotychczasowa statystyka obejmuje około 40 opisów akromegalii a objawy we większéj ilości spostrzeżeń są następujące: 1) Najważniejszą, w oczy bijącą cechą jest równomierny, symetryczny przerost rąk, nóg i głowy jak niemniéj skrzywienie stosu kręgowego. Zmiana ta odnośnie do kończyn zajmuje członki palców, śródręcze i śródstopie. W przeroście biorą udział wszystkie tkanki, nie okazując przytem w swej budowie zboczeń od prawidłowego utkania. 2) Z części głowy najczęściéj i najwydatniéj ulega zniekształtnieniu twarz chorego, przybierając kształt wydłużony. Nos powiększa się we wszystkich swych wymiarach, wargi, przeważnie zaś dolna grubieje i wydłuża się tak dalece, że odwija się i zwiesza ku dołowi, odsłaniając przerosły język, który nie mogąc się pomieścić w jamie ust, wystaje na zewnątrz. Rzadziéj już podlegają powyższéj zmianie: powieki, policzki, podniebienie twarde i miękkie wraz z migdałkami i języczkiem. W nielicznych przypadkach spostrzegano przerost pojedynczych kości czaszki. 3) Zmiany w tułowiu są już mniéj stałe, dość często jednak jeszcze powstaje skrzywienie kręgosłupa jako *kyphosis cervicodorsalis*, rzadziéj spostrzegano lordozę i skoliozę. Przerostowi ulegać nadto mogą kręgi i mostek, który stercząc ku przodowi, tworzy rodzaj garbu. 4) Z innych objawów zasługują jeszcze na uwzględnienie: zgrubienie szyi, stępienie odgłosu wypukowego w górnéj części mostka, mające pochodzić od istniejącéj, a nawet przerosłéj grasicy (Erb.), przerost zewnętrznych części rodnych; naodwrót zaś przedwczesny zanik macicy i jajników u kobiet a jąder u mężczyzn. 5) Kilkakrotnie spostrzegano

zmiany w czuciu, w pobudliwości mięśniowéj i nerwowéj. W moczu wykrywano nieprawidłowe składniki, jak: białko, pepton, cukier. Do objawów podmiotowych, na które chorzy stale żalić się zwykli, należą gwałtowne bole głowy, przedwczesne ustanie miesiączki, znikanie popędu płciowego, zaburzenia w sferze wzroku, rzadziéj słuchu, smaku i węchu. Usposobienie takich chorych staje się posępne, płaczliwe, do jakiejkolwiek pracy są niezdolni.

Przy badaniach pośmiertnych przedsięwziętych w kilku przypadkach znajdowano najwybitniejsze zmiany w zakresie czaszki, a mianowicie: zwężenie otworów wzrokowych, powiększenie wszystkich zatok wśród czaszki się znajdujących. Z części mózgu bardzo często ulega obrzmieniu przysadka, rzadziéj szyszka mózgowa. Ze zmian w innych narządach spotykanych na stole sekcyjnym podaję przerost wątroby, nerek, a nawet i innych trzew; niekiedy spotykano tę samą zmianę w zakresie nerwów mózgowych i rdzeniowych. Wszystkie te zmiany rozwijają się zwolna, a dziać się to zwykło w okresie dorastania lub w pierwszych latach dojrzałości chorych.

Teoryj, mających tłomaczyć sposób powstawania akromegalii, mamy kilka. Najbardziéj rozpowszechnioną jest teorya t. zw. nerwowa, jedni z jéj zwolenników, jak Rerklinghausen uważają za punkt wyjścia choroby zmiany w ośrodkach nerwowych i samychże nerwach obwodowych, drudzy przypisują powstawanie akromegalii zmianom w przysadce mózgowéj. Klebs tłomaczy ją wytwarzaniem się w grasicy śródbłonka naczyniowego, który uniesiony prądem krwi do końcowych naczyń włosowatych wywołuje wzrost sieci naczyniowéj, a w dalszem następstwie przerost odpowiednich części ciała. Najmniéj prawdopodobnem wydaje się tłomaczenie Freunda, który powstawanie akromegalii wprowadza w ścisły związek z zaburzeniami płciowemi w okresie rozwoju, przypuszczając u każdego człowieka już fizyjologiczne poniekąd usposobienie do nieprawidłowego rozwoju w tym właśnie okresie, które z wiekiem ustępuje. Do chorób podobnych należą: choroba Pageta czyli *osteitis deformans* i *myxoedema*, obie jednak te choroby mają do tyla charakterystyczne cechy, że odróżnić je łatwo od akromegalii.

Przechodząc do opisu spostrzeganego przez się przypadku, podaje autor, że dotyczy on osoby 43-letniéj. Choroba rozwijała się zwolna, trwa zaś, o ile z wywiadów wnosić można, od lat kilku. Chora okazuje wszystkie objawy, z któremi się w większości przypadków akromegalii spotykamy, a więc przerost rąk, nóg, nosa, warg i języka, podniebienia miękkiego i migdałków. Głos jest zmieniony. Z rzadszych objawów wspomina autor o powiększeniu sutków i gruczołu łzowego prawego, przyczem z brodawek sączy się przy ucisku ciecz do siary podobna. Na szyi choréj znajduje się guz wielkości pomarańczy, na skórze kilka mięczaków. Dalsze zaburzenia dotyczą wzroku, którego badanie wykazuje ścieśnienie pola widzenia na zewnątrz o tyle jeszcze ciekawe, że kilkakrotne badania wykazywały za każdym razem inny obraz perymetryczny. W moczu wykryto znaczniejszą ilość mocznika, indykan, białko, cukier i ślady acetonu; w osadzie stwierdzono pojedyncze wałeczki ziarniste i leukocyty. Chora sama żali się na gwałtowne bóle głowy i osłabienie wzroku; co do peryjodów podaje, że tych już od lat 6-iu nie miewa.

W opisanym przypadku obok zwykłych objawów wydzielanie acetonu moczem i zwiększone wydzielanie gruczołów sutkowych jako pierwszy raz spostrzegane, zasługują na uwagę, jako rzadsze objawy. (*Gaz. lek.* Nr. 43, 44. 1891).

Dr. L. Korczyński.

Choroby wewnętrzne.

Stein (Wiedeń): **Użycie salolu w celu badania czynności żołądka.**

Pierwsi Sievers i Ewald polecili użyć salolu, celem rozpoznania motorycznych czynności żołądka. Próba też salolowa znana jest odtąd specyjalistom. Obaj ci badacze oparli swe doświadczenia na własności salolu, że w kwaśnéj treści żołądkowéj jest nierozpuszczalny, a rozpuszcza się w alkalicznej treści kiszek i tam się rozkłada. Z czasu potrzebnego do wykrycia pierwszych śladów kwasu salicylowego w moczu sądzi się o notorycznéj sile żołądka. Od pierwszéj publikacyi Sieversa i Ewalda (1877) jedni uważali próbę salolową za zupełnie pewną (Einhorn, Metz, Silberstein z kliniki Senatora), inni nie przypisywali jéj wielkiéj wartości (Brumer, Huber, Wotitzky z kliniki Jakscha), zarzucając jéj, że często nawet u zupełnie zdrowych kwasu salicylowego po zadaniu salolu w moczu nieznajdowali. S. chcąc ostatecznie kwestyję rozstrzygnąć, przeprowadził w pracowni fizyjologicznéj prof. Exnera szereg doświadczeń na zwierzętach. W tym celu podwiązywał po otwarciu i następnem zaszyciu jamy brzusznéj, żołądek przy odźwierniku podwójną ligaturą, następnie za pomocą sondy wprowadzał do żołądka 1 gr. salolu. Wstrzykiwał także salol w roczczynie eteru podskórnie. Wyniki, do jakich doszedł, są następujące: 1) Przy podwiązanym odźwierniku salol w żołądku ulega wessaniu, poczem jego części składowe (kwas salicylowy i fenol) przechodzą do moczu. W samym żołądku części tych nie można było wykryć. 2) Nagromadzony w znacznéj ilości śluz w żołądku rozkłada salol. 3) Po podskórnem wstrzyknięciu wydzielanie tych części z moczem trwa około dwóch dni.

Z obecności zatem kwasu salicylowego w moczu, po zadaniu salolu, nie można wnioskować o prawidłowéj lub zmienionéj sile skurczowéj żołądka. (*Wr. med. Wschft.* Nr. 43. 1892). *Dr. Mendelsburg.*

Choroby umysłowe.

Krypiakiewicz: **Kilka spostrzeżeń nad krwią obłąkanych**

Badania Ehrlicha a zwłaszcza Neussera czynione nad krwią, wykazały olbrzymią wartość rozbiorów krwi dla celów klinicznych. K. korzystając z materyjału zakładu prywatnego dla obłąkanych w Laincu koło Wiednia, przedsięwziął badania krwi obłąkanych. Przekonał się, iż u kobiet dotkniętych chorobą umysłową w czasie regularności krew zawiera podobnie jak u kobiet umysłowo zdrowych w okresie miesiączkowania liczbę ciałek eozyno-chłonnych zdwojoną. Stan ten pojawiał się u kobiet przez K. badanych często już w przededniu miesięcznego krwawienia, potęgował się aż do trzeciego dnia trwania regularności i ginął wraz z ustaniem tejże. We krwi mężczyzn dotkniętych niedołęztwem porażennem nie zauważył nigdy powiększenia się ilości ciałek eozyno chłonnych, mimo iż zwiększenie ilości ciałek białych dość często w téj formie choroby umysłowéj się spotyka. K. przypuszcza ztąd, iż zwiększenie się ilości ciałek białek limfatycznych wpływa na zwiększenie się ogólnéj liczby ciałek białych, jednak ciałka eozyno-chłonne mogą w normalnéj ilości się utrzymać. Również stwierdził K., że w krwi chorych dotkniętych niedołęztwem końcowem ciałka eozyno-chłonne ilościowo się nie zmieniają.

W trzech przypadkach ostro występującéj psychozy z szczególnem podrażnieniem sfery płciowéj K. był w stanie wykazać już to mniéj już to więcej znaczne zwiększenie się ilości ciałek eozynochłonnych.

W ciągu poszukiwań za ciałkami eozyno chłonnemi, wykrył K. znaczne zmiany w ciałkach krwi czerwonych w tych przypadkach, w których choroba ostro przebiegając, rychło do niedołęztwa końcowego doprowadziła. Zmiany te, przedstawiające się w postaci makrocytemii, mikrocytemii i poikilocytozy, a więc w postaci spotykanéj w przebiegu niedokrewności złośliwéj postępowéj, nie stały w żadnym stosunku do zewnętrznie osądzić się dającego stopnia odżywienia ciała.

Autor sądzi, iż niedokrewność badaniem krwi w tych przypadkach przez niego stwierdzona, zdaje się zachodzić w prostym stosunku do stopnia szybkości przebiegu ostrych form chorób umysłowych i przechodzenia tychże w niedołęztwo następowe. Zdaje się, iż niedokrewność ta jest skalą mierniczą natężenia chorobowego pracy wszystkich nerwów wogóle, w szczególności zaś nerwów wpływających na utrzymanie i odradzanie się ciałek krwi czerwonych.

Autor przypuszcza, iż stwierdzenie téj niedokrewności będzie miało doniosłe znaczenie prognostyczne, o ile, jak się

zdaje zmiany te we krwi w przypadkach ostro przebiegających chorób umysłowych, wyprzedzają objawy psychiczne, świadczące o wystąpieniu niedołęztwa następowego.

W końcu podnosi K. doniosłość badania krwi obłąkanych a to ze względów leczniczych; często bowiem drobnowidem stwierdzona niedokrewność może być przyczyną choroby umysłowéj; usunięcie niedokrewności odpowiednem leczeniem może być w stanie uleczyć lub złagodzić chorobę umysłową. (*Wien. medic. Wochschr.* Nr. 25 i 26. 1892).

Dr. Wachholz.

Choroby dzieci.

Kramsztyk: **Epidemija bezpośrednio po sobie następującego kuru. Kur i wysypka podobna do płonicy.**

Autor obserwował w Warszawie w ostatnich 4 latach 88 przypadków kuru u 38 chłopców i 50 dziewcząt wśród dwóch epidemij (jedna wybuchła w szkole publicznéj, druga w prywatnym zakładzie freblowskim), odznaczających się bardzo wielką zaraźliwością. Opisuje przytem 9 przypadków, w których 3—8 dni po przebyciu kuru, po 2—3 dniowym dreszczu powstała odra z nader ciężkim przebiegiem, co stanowi najlepszy dowód, że obie te choroby mają zupełnie odrębne tło etyjologiczne, gdyż przebycie jednéj nie chroni od drugiéj choroby, stąd też nazwa *rubeola morbillosa* należy z terminologii zupełnie usunąć. W trzech przypadkach kuru powstała wysypka na skórze podobna do płonicowatéj, a już opisy takich przypadków ogłosił Filotow pod nazwą: *rubeola scarlatinosa.* Nazwę tę należy również wyrzucić z terminologii, bo sprowadza tylko chaos w rozpoznawaniu chorób zakaźnych, polegający na tem, iż z saméj wysypki na skórze bez uwzględnienia całego przebiegu klinicznego i zmian anatomicznych nic wnosić nie można, a połączenie kuru i płonicy jedynie na podstawie zmian na skórze jako jednéj choroby jest niemożebne.

Wysypki podobne do płonicy obserwował autor także w przebiegu epidemii influenzy i do tejże odnosi przypadki ogłoszone przez Filatowa. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, B. XXXIV, 2 i 3 H. 1892). *Dr. Komorowski.*

Choroby oczne.

C. Maurer (jun.): **Sparzenie spojówki oka przez** *hydrarg. praecip.* **przy równoczesnem używaniu jodku potasu zewnętrznie.**

Wiadomo powszechnie, że przy stosowaniu kalomelu do oka unikać należy równoczesnego podawania KJ wewnętrznie, gdyż jod wydzielając się ze łzami, rozkłada kalomel na jodek rtęciowy i rtęciawy, które to połączenia wywierają silnie żrące działanie na błonę śluzową. Wszystkie przypadki sparzenia spojówki w ten sposób znane w literaturze, odnoszą się do kalomelu, przypadek więc autora jest tem ciekawszy, że chory, u którego wprowadzał do oka maść z *hydrarg. praecip. alb.*, zastosował sobie bez jego wiedzy na *scrotum* z powodu cierpienia jąder maść jodową: *ungu. kali jodati*, poczem wystąpiły charakterystyczne objawy sparzenia spojówki. Przypadek ten dowodzi więc, że nawet mała ilość jodu stosowanego zewnętrznie, dostać się może w obieg krwi, czy to przez skórę, czy drogą narządu oddechowego, czy też obiema drogami, a wydzielając się następnie ze łzami rozłożyć stosowane do oka połączenia rtęci nawet w postaci maści. Że w przypadku powyższym jod rzeczywiście znachodził się we krwi, potwierdziło badanie moczu. Na podstawie tego doświadczeniu, gdzie tak mała ilość jodu zastosowanego zewnętrznie rozłożyła maść rtęciową w worku spojówkowym z następowem sparzeniem spojówki, przestrzega autor przed podobnemi przypadkami. (*Arch. f Augenheil. B.* XXII. *H.* 1). *Dr. Langie.*

Toksykologija.

Rudolf (Magdeburg): **Cztery zatrucia lulkiem, jedno atropiną.**

R. spostrzegał w szpitalu magdeburskim cztery przypadki otrucia nasieniem lulka u chłopców w wieku 11, 9, 7 i 5 lat, nadto otrucie atropiną u kobiety 30 letniéj. Objawy były następujące; suchość i zaczerwienienie skóry, suchość błon śluzowych, tętno szybkie, źrenice rozszerzone, niepokój i rozstrój maniakalny, w jednym przypadku nieznaczne podniesienie ciepłoty, w jednym zaś osutka na skórze podobna do płonicowéj.

Różnica zatrucia lulkiem a atropiną w przypadkach tych uwidoczniała się: 1) rozstrojem maniakalnym silniejszym w przypadkach otruć lulkiem, 2) zwężeniem źrenic w tych ostatnich przypadkach w czasie snu; po obudzeniu chorego źrenice natychmiast *ad maximum* się rozszerzały, 3) śpiączką przy zatruciu lulkiem.

Morfina jako odtrutka zastosowana w przypadkach tych oddała doskonale usługi, okazując się w większych dawkach, niż zwykle podana, doskonałym antagonistą atropiny i hyoscyaminy. (*Centralbl. f. klin. Med.* Nr. 40. 1892).

Dr. Wachholz.

W sprawie cholery tegorocznéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45.)

Ogłoszone przez Klemperera badania nad szczepieniem ochronnem cholery, których wyniki w jednym z poprzednich numerów podaliśmy, wywołały żywą polemikę między autorem a Guttmanem, który dowodził, że te szczepienia ochronne nie różnią się od tych, które zalecał i w r. 1884 wykonał Ferran. Obecnie do twierdzenia Guttmana przyłącza się Aviragnet, przyznaje jednak, że szczepienia ochronne Klemperera i Haffkina, różnią się tylko od metody lekarza hiszpańskiego tem, że są naukowo przeprowadzone, dlatego łatwiéj trafiają do przekonania. Wyniki szczepień według Ferrana przeprowadzonych w różnych prowincyjach hiszpańskich, przedstawiają się według cyfr dokładnych, zebranych przez wysłannika Stanów Zjednoczonych półn. Ameryki, bardzo pomyślnie. I tak z mieszkańców 22 miast prowincyi Walencyja szczepiono 30.491, nie szczepiono 104.561. Z pierwszych zapadło na cholerę 387 a zmarło z tych 104 (25% śmierteln.), z nieszczepionych zachorowało 8406 z 3512 przypadków śmierci (43%). Szczepionych zatem 9 razy mniéj zachorowało, a śmiertelność u nich była 6 razy mniejsza niż u nieszczepionych. Przytem zwraca A. uwagę na nędzne stosunki hygieniczne, wśród których ludność hiszpańska żyje. Objawy występujące po zaszczepieniu czystéj hodowli prątków przecinkowych według Ferrana opisuje pewien lekarz w ten sposób szczepiony; są one takie same, jakie zauważyli Haffkine i Klemperer.

Sam Ferran przesłał pismo do „*Société de biologie*“ na ręce prof. Chauveau, który je odczytał na posiedzeniu w dniu 15 z. m. odbytem. W piśmie tem dowodzi on również, że metody szczepienia ochronnego Haffkina i Klemperera są tylko odnowieniem i dalszem rozwinięciem jego prostéj metody. Jeżeli człowiek zażyje (wewnętrznie) 5—6 kropel osłabionéj hodowli bulionowéj prątka przecinkowego, z któréj 4—6 cm. sz. wstrzykniętych podskórnie królikowi zabija go, to w następstwie tego powstaje lekka choleryna, która w krótkim czasie sama przez się ustępuje. Osoby w ten sposób szczepione, przebywszy cholerynę, stają się odporne przeciw cholerze azyjatyckiéj. To też F. sądzi, że w przyszłości leczenie cholery będzie polegało na tem, że do zbiorników wody przeznaczonéj dla ludności lub do źródeł wniesie się odpowiednią ilość osłabionych hodowli, przez co całą ludność podda się szczepieniu ochronnemu *en masse*, w którego skuteczność F. wcale nie wątpi.

Chauveau od siebie przyznał Ferranowi pierwszeństwo co do szczepienia, jednakże dla jasnych przyczyn nie pochwala takiego gromadnego szczepienia nie dającego się kontrolować. (*Bulletin médic.* 1893, Nr. 83).

Gironde (*Société de biologie*, 15 października) spostrzegał w szpitalu Beaujon w Paryżu 78 przypadków cholery z 58 przypadkami śmierci a 28 wyzdrowień, badając wszystkie pod względem bakteryjologicznym. W 67 przypadkach badanie co do obecności prątków przecinkowych dało wynik dodatni, z tych przypadków umarło 44 (ogromny procent śmiertelności!).

G. zauważył, że złośliwość jadu cholerycznego w miarę trwania epidemii się zmniejszała. Podczas gdy hodowle

w kwietniu zabijały szybko świnki morskie wśród objawów ostréj cholery eksperymentalnéj, to z hodowli wrześniowych potrzeba było w tym celu znacznie większych dawek. Ze stanowiska bakteryjologicznego nie zgadza się G. na odróżnianie przypadków prawdziwéj cholery od przypadków z przebiegiem do niéj tylko podobnym, albowiem wykazywał nieraz prątki w lekkich przypadkach, a brak ich było w wybitnych z przebiegiem ciężkim. W dalszym ciągu szukał G. związku między jakością stolców a obecnością prątków przecinkowych. Jakkolwiek w stolcach bezbarwnych, ryżowych jest ich najwięcéj, to przecież nie brak ich też w stolcach ciemno zabarwionych, ani też w dysenterycznych. (*Semaine médicale* 15 październ.).

Girond: Wpływ prątka przecinkowego na wątrobę i trzustkę.

G. badał pod względem bakteryjologicznym wątrobę w 28 przypadkach cholery; w 14 znalazł prątki przecinkowe. W wielkiéj ilości znachodziły się one w żółci, w przewodach żółciowych i przewodzie trzustki. Za życia w przypadkach tych nie było żadnych objawów, któreby wskazywały zmianę w wątrobie lub trzustce, a i po śmierci makroskopowo w narządach tych nie znaleziono nic nieprawidłowego z wyjątkiem dwóch przypadków. W jednym z nich istniało zapalenie pęcherzyka żółciowego i przewodów żółciowych aż do najcieńszych rozgałęzień, przyczem prątki choleryczne i w miąższu wątrobowym znachodziły się w czystych hodowlach. W drugim przypadku istniała marskość wątroby zanikowa, trzustka była duża, twarda, i zawierała liczne infarkty. Prątki przecinkowe były liczne w żółci, miąższu wątrobowym, w treści przewodu trzustkowego i w infarktach.

Z tych spostrzeżeń wynika, że sprawa chorobowa w cholerze może rozszerzyć się na przewód żółciowy i trzustkowy i ztąd na miąższ wątroby i trzustki, co jednak nie zawsze prowadzi do zniesienia wydzielania żółci. (*Wien. med. Woch.* Nr. 44). *Dr. A. Beck.*

I. Wachsmuth (Berlin): Środki lecznicze doświadczone ze skutkiem przeciw cholerze.

I. Rp. *Kalihypermangan.*
(Solutio. recens praepar.) 1:1000
Guttam
Aq. destill. 30·0

S. dzieciom co 5 minut łyżeczkę kawową z mrożoną wodą, dorosłym co 5 minut łyżkę stołową, przytem kawałki lodu do połykania.

II. Rp. *Magnes ust. 2·0*
Aq. destill. q. s. ad. 30·0
Spir. menth. guttam.
Syrop. simpl. 5·0

S. dzieciom co 10 minut łyżeczkę kawową. Dorosłym co 10 minut łyżkę stołową.

III. Rp. *Inf. flor. Arnic (1 Dgr.) 30·0,*
Natri bicarb. 1·0,
Spir. menth. guttam.
Trac opii simpl. guttam dimid.
Syrup simpl. 5·0.

S. Dzieciom co ½ godziny łyżeczkę kawową lub nieco większą. Dorosłym łyżkę stołową (zamiast *Trac opii simpl. gttam dimidiam „guttas 5“*).

Wobec znacznego zaniku sił. Dzieciom 5 kropli *Tinct. Arnicae* na łyżeczce czarnej kawy. Dorosłym do łyżeczki kawowéj *Trac Arnic.* trzy razy dziennie. Zimny kompres na brzuch i tyłogłowie. Gdy gorączka wzmaga się, należy go zmieniać, w innym razie zaczekać aż wyschnie. Rano i wieczorem obmywać ciało wodą słoną, nacieranie, zawijanie w koce. Koniak z sodową wodą lub wino szampańskie z lodem. Dyeta ścisła. Kawa czarna z rumem, kleik; nazajutrz nieco baraniny z gałką muszkatołową. Wino grzane z cynamonem i gwoździkami. (*Allg. med. Central. Ztg.* 1892, 61). *Dr. Karol Reiss w Dukli.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 10 listopada. Na posiedzeniu Towarzystwa lek. krak. w dniu 9 listopada odbytem prezes Ponikło doniósł Towarzystwu, że komisyja wodociągowa na ostatniem nadzwyczajnem posiedzeniu wybrana ukonstytuowała się, obierając przewodniczącym kol. Poniklę, zastępcą przewodniczącego kol. Kwaśnickiego i poruczyła referat sprawy prof. Browiczowi; — że p. Prezydent miasta zezwolił Komisyi na wglądnięcie w akta komisyi wodociągowéj miejskiéj. Następnie toczył się dalszy ciąg dyskusyi nad przypadkiem jamy w czaszce przedstawionym na ostatniem posiedzeniu przez prof. Obalińskiego, w któréj wzięli udział proff. Browicz, Pieniążek, Obaliński i Dr. Kryński. — Prof. Korczyński imieniem komisyi przemysłowo-lekarskiéj przedłożył wnioski tejże komisyi, które jednomyślnie przyjęto. Na interpelacyję odnoszącą się do kontroli wykonywanéj przez komisyję przemysłową nad sposobem wyrabiania przetworów polecanych przez komisyję, względnie Towarzystwo, odpowiedział wyczerpująco przewodniczący komisyi prof. Korczyński, poczem się wywiązała żywa dyskusyja, zakończona uchwałą Towarzystwa, uznającą działanie Komisyi w téj mierze za prawidłowe, skuteczne i budzące zupełne zaufanie. Odczyt zapowiedziany prof. Browicza z powodu spóźnionéj pory odłożono do następnego posiedzenia.

* Otrzymaliśmy list następujący:

Pospieszam podzielić się z Wami wiadomością, zaczerpniętą z czasopism niemieckich, oraz z *„Rivista clinica e terapia“* (IX, 1892), iż ziomek nasz Dr. M. Misiewicz odznaczony został pierwszą nagrodą na konkursie w Barcelonie za pracę pod tytułem *„Dysaemia diabetica“*, która wkrótce ukaże się w przekładzie polskim. Autor uwieńczonéj rozprawy znanym jest ze swych prac z dziedziny urologii, pomieszczanych w Przeglądzie Lek., w Nowinach oraz czasopismach niemieckich. Dr. Misiewicz do niedawna prowadził klinikę w m. Łodzi, obecnie zaś spółka lekarska powierzyła mu kierownictwo zakładu leczniczego w Niekłaniu, majątku hr. J. Tarnowskiego.

J. Lesser.

* W liście awansu listopadowego korpusu wojskowo-lekarskiego armii austro-węgierskiéj znajdujemy następujących lekarzy posuniętych na wyższe stopnie: Dr. Maurycy Lion, kierownik szpitala wojskowego Nr. 15 w Krakowie, mianowany starszym lekarzem sztabowym 1-éj kl.; lekarzem sztabowym został Dr. Franciszek Lipez, przy szpitalu Nr. 22 we Lwowie: lekarzami pułkowymi 1-éj kl. zostali: Dr. Wiktor Olexy w Koszycach, Tadeusz Zapałowicz i Władysław Hubicki; lekarzami pułkowymi 2-éj kl.: Wojciech Gramatyka, Bronisław Obfidowicz, Antoni Skiślewicz i Stefan Karaś.

* Wskutek upoważnienia JE. p. Namiestnika p. prezydent miasta ogłosił, że miasto Kraków uznane zostało jako wolne od cholery.

* W tygodniu 43-im (od 23—29 października) było w Krakowie małżeństw 18, urodzeń 47, skonów 42, z tych z gruźlicy 6, z zapalenia płuc 6, z dławca i błonicy 5, z duru brzusznego 3, z płonicy 2, z ospy 1, z cholery 1.

* **Wiadomości uniwersyteckie.** Radzca dworu, profesor chemii lek. w Wiedniu, Dr. Ludwig tegoroczny rektor Uniwersytetu, mianowany został dożywotnim członkiem Izby Panów. — Prof. Kahler z powodu choroby otrzymał urlop, a wykłady jego objął asystent i docent Dr. Krauss. — Przed kilku dniami otwarto uroczyście 3 ią klinikę lekarską we Wiedniu, pozostającą pod kierownictwem prof. Schröttera. — Prof. okulistyki w Jenie Dr. Kuhnt przeniósł się do Królewca, a posadę jego otrzymał docent Wagenmann z Heidelbergu. — Prof. Benjamin Tarnowski w Petersburgu obchodził jubileusz 30-letniéj służby w akademii wojenno-lekarskiéj. — W miejsce prof. Manasseina wybrany został prof. kliniki lekarskiéj w Petersburgu docent Dr. Wil. Sokołów.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Halban.**

L. 1950.

KONKURS.

Przy szpitalu powszechnym w Podhajcach została opróżniona posada lekarza ordynującego z płacą roczną 600 zlr. w. a., na którą Wydział powiatowy rozpisuje niniejszem konkurs z terminem do dnia 1 grudnia 1892.

Z Wydziału Rady powiatowéj
W Podhajcach dnia 17 października 1892.

115—3—3 Wice-Prezes *Zaremba.*

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.